

Курение и контакт с канцерогенами приводят к появлению производных анилина в моче, т.к. у лиц I группы, не курящих и отрицавших контакт с канцерогенами, анилин и его производные мы не обнаружили.

У имеющих развитие нарушенной уродинамики на фоне доброкачественной гиперплазии предстательной железы или склероза шейки мочевого пузыря без курения и контакта с канцерогенами не произошло накопление анилина и его производных в моче. Тогда как сочетание двух факторов — курение и нарушение уродинамики приводит к многократному увеличению концентрации канцерогенов в моче. Следовательно, мож-

но полагать, что они являются факторами риска мутаций. Выполненная операция, направленная на ликвидацию задержки мочи и восстановление уродинамики, позволила достоверно снизить уровень анилина в моче.

Таким образом, отказ от привычки курить и уменьшение контакта с канцерогенами, а так же ликвидация хирургическими методами причин, провоцирующих развитие хронической задержки мочи у больных старших возрастных групп, страдающих поверхностным РМП, уменьшает концентрации канцерогенов в моче, тем самым снижет негативное влияние их на уротелий.

CHRONIC RETENTION URINE IS ONE OF THE FACTORS IN DEVELOPMENT OF SUPERFICIAL BLADDER CANCER

S.L. Popov, N.A. Korennaya, G.G. Mirsanova, M.A. Shumara, N.G. Nikitenko
(Clinical Hospital № 1, Irkutsk-city)

We studied the concentration of anilin, diphenil and N, N-diathilanilin, in urine in two groups of patients. The first group, included patients with superficial bladder cancer and combination of benign hyperplasia prostate and chronic retention of urine. The second group, gathered only patients with benign hyperplasia prostate and chronic retention of urine. We used the method of chromato-mass-spetrometria. We found difference between concentrations of these substances in this groups - before and after transurethral resection of prostate. In this groups all patients were smokers. When we performed an operation, later we defined these substances again. The concentration was decreased after elimination chronic retention of urine in all groups.

Conclusion: chronic retention of urine increased concentration of substances influencing on mutation activity in epithelial cells.

ЛИТЕРАТУРА

1. Колесников Г.П. Комбинированное лечение и прогнозирование инвазивного рака мочевого пузыря. — Москва, 1999. - С.47-57.
2. Коган М.И., Перепечай В.А., Юсков В.Н. и др. Некоторые важные факторы в хирургии инвазивного рака мочевого пузыря. // Акт. вопросы лечения онкоурологических заболеваний: Тез. докл. 2-ой науч. конф. — Обнинск, 1997. - С.35-36.
3. Степанов В.Н., Костромина К.Н., Чеченин М.Г. и др. Новые подходы к химиолучевому лечению рецидивов рака мочевого пузыря. // Рак мочевого пузыря: Матер. конф. - Ростов-на-Дону, 1998. - С.88-89.
4. Фигурин К.М. Химиотерапия опухолей мочевыводящих путей. // РМЖ. — 2003. — Т. 11, № 11.
5. Журавлев В.Н., Бершадский В.А., Машковцев А.В., Бершадский Я.В. Хирургическое лечение инвазивных форм мочевого пузыря. // Рак мочевого пузыря: Матер. конф. — Ростов-на-Дону, 1998. - С.27-28.
6. Матвеев Б.П., Фигурин К.М., Карякин О.Б. Рак мочевого пузыря. — М., 2001. - С.8-16.
7. Пряничникова М.Б. Доклиническая диагностика и профилактика рака мочевого пузыря на основе эпидемиологического исследования. — Куйбышев, 1989. - С.139-204.
8. Greenlee R.T., Murray T., Bolden S., Wings P. Cancer statistics, 2000. CA. // Cancer J. Clin. — 2000. - Vol. 50. - P.7.
9. Czerniak B., Herz F. Molecular biology of common tumors of the urinary tract. In Koss L.G.: Diagnostic Citology of the Urinary Tract. Philadelphia. - Lippincott- Raven, 1995. — P.345-364.
10. Harris C.C., Hollstein M. Clinical implications of the p53 tumor-suppressorgene. // N Engl J. Med. — 1993. - Vol. 329. - P.1318.
11. Friedrich G.H., Blind C., Milde-Lanoosch K, et al. Frequent p16/MTS1 inactivation as early bladder carcinomas not associated with genetic alterations and impaired prognosis. // J. Urol. — 2000. - Vol. 163. - P.357A.
12. Fuse H., Mizuno I., Sakamoto M., Karayama T. Epidermal growth factor in the urine from the patients with urotelial tumors. // J. Urol. Int. — 1992. - Vol.48. - P.261.
13. Case R.A.M., Hosker M.E., McDonald D.B., et al. Tumors of urinary bladder in workmen engaged in manufacture and use of certain dyestuff intermediates in the British chemical industry. // Br. J. Ind. Med. — 1954. -Vol. 11. - P.75.
14. Griffiths T.R.I., Melon J.K. Human papillomavirus and urological tumors: 11 Role in bladder, prostate, renal and testicular cancer. // Br. J. Urol. Int. — 2000. - Vol. 85. - P.211.

© КОВАЛЕВА Л.П., СИЗЫХ Т.П. —

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОДНО-, ДВУХ-, ТРЕХНЕДЕЛЬНОГО ПО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ КУРСОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА КУРОРТЕ «АРШАН»

Л.П. Ковалева, Т.П. Сизых

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.б.н., проф. А.А Майборода, кафедра факультетской терапии, зав. — д.м.н. Ф.И. Белялов)

Резюме. В работе представлен сравнительный результат лечения больных хроническим холециститом, прошедших различные (одно-, двух-, трехнедельные) по продолжительности курсы лечения на курорте «Аршан». Рассмотрены изменения до- и после лечения субъективных, объективных симптомов хронического холецистита, анализ периферической крови, биохимические параметры крови, данные УЗС.

Ключевые слова. Курорт «Аршан», хронический холецистит, сроки санаторного лечения, клиничко-лабораторные критерии эффективности.

В санаторно-курортных условиях на больного действует целый комплекс лечебных и преформированных факторов. Все они воздействуют на адаптивно-защитные резервы организма, повышая его устойчивость к воздействию отрицательных факторов среды, а не только на патологический органнй процесс [2]. Гормономодулирующее действие минеральной воды (МВ) на гастроэнтеропанкреатическую систему является краткосрочным, проявляющимся уже в первые минуты после приема воды, такое «высекание» пула гормонов не может быть безразлично для функционального состояния желудочно-кишечного тракта, что наиболее проявляется в алиментарный период. При рассмотрении санаторно-курортного лечения нельзя не коснуться такого важного вопроса как процесс адаптации и реактивности организма, так как лечение в условиях курорта действует комплексно на весь организм [1]. Адаптивные процессы, которые развиваются в организме человека при поездке на курорт, определяются термином «акклиматизация», которые носят временный характер и не сопровождаются глубокими морфологическими изменениями, но проявляются кратковременными физиологическими сдвигами [3,4]. Акклиматизация – есть негенетическая адаптация. Одним из отрицательных проявлений акклиматизации является нарушение (десинхронизация) биоритмов, поэтому о достижении адаптированности можно судить по их синхронизации [5]. Отмечено сходство гормональных механизмов стресса и адаптации, опосредуемых сильными раздражителями и такими мягкими и физиологическими как минеральная вода МВ [1]. Характер реакций акклиматизации зависит во многом от внешних условий (сезонных и погодных влияний, степени контрастности климатических зон при поездке на курорт, часового пояса, откуда прибыл больной на лечение) и состояния организма (тяжесть болезни, функции центральной нервной и других систем). От характера акклиматизации зависят непосредственные и отдаленные результаты курортного лечения [1]. В условиях среднегорья и высокогорья также вступают в работу механизмы адаптации, в том числе гуморально-гормональные системы [5]. Высоко- и среднегорная гипоксия вызывает в организме состояние функционального напряжения, стресса, которое сопровождается усиленным выделением тропных гормонов, повышением секреторной деятельности надпочечников, поджелудочной и других эндокринных желез. Изменения в гормональном статусе организма носят двухфазный характер [6]. Вначале отмечено снижение биогенных аминов, а затем значительное возрастание, которое сохраняется в течение всего периода пребывания в горах [5].

В силу различных причин в настоящее время больные проходят различные по продолжительности курсы санаторно-курортного лечения [7]. В каком состоянии выписываются больные хроническим холециститом (ХХ) после однонедельного в сравнении с результатами его эффективности с двух- и трехнедельным курсами в литературе нам не встретилось, что побудило нас провести данное исследование.

Материал и методы

Обследовано 227 человек. Контрольная группа составила 12 (жен. – 11, муж. – 1, средний возраст $21,42 \pm 4,56$ лет) здоровых лиц, у них не было обнаружено изменений при проведении клиничко-лабораторных исследований. В первую группу вошел 101 (жен. – 87, муж. – 14, средний возраст – $45,18 \pm 15,67$ лет) больной, поступивший с направительным диагнозом ХХ, которые в последующем прошли короткий по продолжительности курс ($11,48 \pm 1,97$ день) лечения на курорте «Аршан». Во вторую группу определены 108 (жен. – 85, муж. – 23, средний возраст – $48,15 \pm 9,87$ лет) больных, прошедших классический по продолжительности курс ($20,39 \pm 1,25$ дней). Однонедельный курс ($6,5 \pm 1,05$ дней) получили 6 (жен. – 5, муж. – 1, средний возраст – $37,0 \pm 12,51$ лет) больных хроническим бескаменным холециститом (ХБХ) с гипокинезом желчного пузыря (ЖП) и желчевыводящих путей (ЖВП). Больные обеих групп в соответствии с классификацией Я.С. Циммермана (1992) были распределены на подгруппы по характеру течения ХХ и согласно данным, полученным после проведения комплекса диагностических исследований.

В подгруппу 1.1 отнесли 12 (жен. – 10, муж. – 2, средний возраст – $22,16 \pm 9,34$ лет) больных дискинезией желчевыводящих путей (ДЖВП) с гиперкинезом ЖП и ЖВП; 1.2 – 8 (жен. – 7, муж. – 1, средний возраст – $24,15 \pm 8,45$) – ДЖВП с гипокинезом; 1.3 – 33 (жен. – 30, муж. – 3, средний возраст – $33,45 \pm 12,86$) – ХБХ с гиперкинезом; 1.4 – 32 (жен. – 24, муж. – 8, средний возраст – $42,67 \pm 15,45$) – ХБХ с гипокинезом; 1.5 – 16 (жен. – 16, средний возраст – $45,12 \pm 10,86$) – ХКХ.

В подгруппу 2.1 вошло 15 (жен. – 9, муж. – 6, средний возраст – $21,24 \pm 7,66$ лет) больных с ДЖВП с гиперкинезом; 2.2 – 13 (жен. – 9, муж. – 4, средний возраст – $26,78 \pm 8,34$) – ДЖВП с гипокинезом; 2.3 – 29 (жен. – 23, муж. – 6, средний возраст – $38,66 \pm 10,12$) – ХБХ с гиперкинезом; 2.4 – 35 (жен. – 28, муж. – 7, средний возраст – $43,28 \pm 11,15$) – ХБХ с гипокинезом; 2.5 – 16 (жен. – 16, средний возраст – $46,56 \pm 12,86$ лет) – с ХКХ.

Больных, пролеченных на однонедельном курсе отнесли в подгруппу 3.4.

Сравнительный анализ возраста и пола больных сравнимых подгрупп показал, что статистически значимых различий по полу и возрасту нет.

Всем больным, в том числе и контрольной группе, проводилось традиционное клиничко-лабораторное обследование: опрос с изучением жалоб, анамнеза и данных санаторно-курортных карт, осмотр, общий анализ крови, по показаниям исследование желудочной секреции, ФГДС, RRS, биохимия крови с изучением четырех биохимических синдромов: цитолитического (АСТ, АЛТ), холестатического (билирубин, щелочная фосфатаза, общий холестерин, гаммаглутамилтранспептидаза), гепатодепрессивного (холинэстераза) и мезенхимально-воспалительного (тимоловая проба и общий белок). УЗС осуществлено «Аloka-500» по общепринятой методике, с целью определения моторно-эвакуаторной функции ЖП и ЖВП, которое выполнялось

натошак и еще дважды (спустя 15 и 45 мин) после принятия МВ «Аршан». При этом последовательно измеряли объем ЖП по методике Я.З. Поляк.

В программу лечения больных, пролеченных трехнедельным курсом, включалось: санаторный режим, диета (стол 5 по Певзнеру), прием МВ «Аршан» из расчета 5 мл/кг массы тела, различные бальнеопроцедуры (ванны, душ с температурой 36° МВ), тюбажи с МВ, кишечные орошения, фитотерапия, ЛФК, массаж, терренкуры, природно-климатический комплекс (среднегорье, инсоляция, аромо-, свето-, ландшафттерапия) и туризм. Больные, у которых при проведении УЗС были обнаружены камни более 1 см в диаметре, тюбажи и лечение МВ не получали. Применялись методики лечения, утвержденные Томским НИИ курортологии и физиотерапии. Больные, получавшие одно- и двухнедельный курс, лечились более интенсивно – ванны и душ они получали каждый день, при этом одна процедура утром, другая – спустя 3–4 часа.

Больным ДЖВП и ХХ с гиперкинезом ЖП назначали МВ с 100 мл до 200 мл 3 три раза в день за 1 час до еды, температура 38 градусов по Цельсию. При ДЖВП

и ХХ с гипокинезом в такой же дозировке за 1 час до еды, но температура МВ была иная, 25 градусов по Цельсию.

Полученные данные подвергались статистической обработке при помощи пакетов программ Microsoft Excel 97, «Биостатистика для «Windows» на персональном компьютере. Для оценки достоверности различий между исследуемыми показателями использовался ранговый непараметрический критерий Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение

Дана была оценка степени выраженности патологического процесса при ХХ по субъективным симптомам в баллах. Интенсивная боль в правом подреберье получила – 4 балла, умеренная – 2, слабая – 1, горечь во рту по утрам – 1, продолжительностью до обеда – 2, весь день – 4. Наличие тошноты, рвоты, боли в эпигастральной области, суставах, вздутие, урчание в животе, расстройство стула оценивалось в 2 балла каждый симптом. Локальный кожный зуд определялся в 1 балл, а распространенный – 3. По одному баллу дано на психоэмоциональные расстройства и нарушение аппетита.

Таблица 1

Балльная оценка субъективным клиническим проявлениям хронического холецистита у больных, прошедших различные по продолжительности курсы лечения на курорте «Аршан»

Подгруппа	Среднее количество баллов (M±m) при продолжительности курсов лечения		
	11,48±1,97	20,39±1,25	6,5±1,05 день
ДЖВП с гиперкинезом ЖП и ЖВП	0,41±0,03	0,45±0,15	–
ДЖВП с гипокинезом	0,89±0,09	1,13±0,1	–
ХБХ с гиперкинезом	3,21±0,7	4,62±1,1	–
ХБХ с гипокинезом	4,11±0,75	5,12±1,54	11,54±2,15 а**б**
ХКХ	8,35±0,99	7,34±1,13	–

Примечание: *** - $p < 0,01$, р – достоверность различий, а – между одно- и двухнедельным курсом, б – между одно- и трехнедельным курсом.

При сравнительном анализе объективных симптомов у больных ХХ, получивших различные по продолжительности курсы лечения, не установлено их в подгруппе ДЖВП ($p > 0,05$). У больных ХБХ с гиперкинезом (1.3), прошедших двухнедельный курс, оставались умеренной степени интенсивности обложенность языка в 18,18% случаев, симптом Ортнера и Мерфи – в 9,09%, чего не было при выписке у больных, прошедших трехнедельный курс (2.3). У последних появлялась только обложенность языка у корня (табл. 2). В подгруппе 1.4 (ХБХ с гипокинезом) достоверно чаще при выписке отмечалась умеренной степени интенсивность диффузной обложенности языка ($p < 0,05$) по сравнению с подгруппой 2.4, а иктеричность склер и мягкого неба сохранялась только в подгруппе 1.4. Объективные признаки болезни при выписке в подгруппе с однонедельным (3.4) курсом лечения сохранялись чаще, так у одной трети больных была интенсивной степени обложенность языка, у двух третьих – слабая. У них же иктеричность склер не исчезла в 16,66% случаев, болезненность при пальпации в правом подреберье – у половины больных: симптом Ортнера – в 50,0%, Мерфи

При сравнительном анализе субъективных симптомов после лечения установлено, что различий между двух- и трехнедельными курсами не было. У больных, прошедших однонедельный курс жалобы при выписке остались прежние, причем двое больных предъявляли большее количество жалоб, чем при поступлении. У них усилились боли в правом подреберье, и появился жидкий стул, у одного на третий день было повышение температуры до 37,4 градусов по Цельсию. По балльной оценке результаты лечения больных однонедельного курса были достоверно ($p < 0,01$) хуже по сравнению с двух- и трехнедельным.

и Мейо-Робсона – в 33,33%, Боаса – в 16,66%. У больных подгруппы 1.5 достоверно ($p < 0,05$) чаще регистрировалась интенсивной степени диффузная обложенность языка по сравнению с 2.5 (табл. 2).

При сравнительном анализе показателей периферической крови у больных, прошедших двух- и трехнедельный курсы лечения на курорте «Аршан» достоверных ($p > 0,05$) различий между ними и здоровой группой не отмечено. У больных ХБХ с гипокинезом, получивших однонедельный курс (3.4) оставался умеренный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ и нашли повышение уровня гемоглобина ($p < 0,05$) по сравнению с группой здоровых лиц и подгруппами 1.4 и 2.4. У одного больного (3.4) при выписке в общем анализе крови был выявлен ретикулез. Следовательно, можно сделать вывод, что у больных был I тип реакции адаптации, и они были выписаны при наличии признаков обострения процесса.

При рассмотрении показателей биохимии крови у больных ДЖВП, ХБХ с гиперкинезом и гипокинезом, пролеченных разными по продолжительности курсами лечения на курорте «Аршан» достоверных ($p > 0,05$) различий между собой и здоровой группой при выписке

Таблица 2

Сравнительный анализ объективных признаков хронического холецистита у больных, прошедших одно-, двух- и трехнедельный курсы лечения на курорте «Аршан»

под- груп па	n	Частота встречаемости признаков в подгруппах больных																									
		Обложенность языка						У корня						Иктерич- ность склер, мягкого неба		Болезненность в правом подреберье		Ортнера		Мерфи		Боаса		Мейо- Робсона			
		Диффузная			умеренная			слабая			У корня		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
		n	%	n	%	n	%	n	%																		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.1	12			1	8,3	4	33,33																				
2.1	15			1	6,66	8	53,33																				
1.2	8					3	37,5																				
2.2	13					4	30,77																				
1.3	33			6	18,18					10	30,3			3	9,09	3	9,09			3	9,09						
2.3	29									8	27,58																
1.4	32			5	15,62	3	9,37			5	15,62	3	9,37			8	25,0			6	18,75	3	9,37	1	3,12	2	6,2
2.4	35			1	2,87	2	5,72			3	8,57			9	25,71	5	14,28			2	5,71	2	5,71	1	2,85	3	8,75
3.4	6	2	33,3			4	66,66			-	-	1	16,66	3	50,0	3	50,0			3	50,0	2	33,33	2	33,33	1	16,66
							a***								a*		a****				a***		a***		a***		
							b***								b*		b***				b***		b***		b***		
1.5	16	6	37,5	1	6,25	1	6,25			8	50,0	4	25,0	5	31,25	5	31,25			3	18,75	2	12,5	2	12,5	2	12,5
2.5	16	2	12,5	2	12,5	1	6,25			11	68,75	5	31,25	4	25,0	4	25,0			4	25,0	1	6,25	1	6,25	1	6,25

Примечание: *p<0,05, **p<0,01,2, ***p<0,001, p - достоверность различий между подгруппами; a – между одно- и двухнедельным курсом, б – одно- и трехнедельным.

Таблица 3

Сравнительный анализ показателей УЗИ желчного пузыря у больных хроническим холециститом, получивших курс лечения курорта «Аршан»

под- группы	n	Печень передне задний размер, см	Усилен. эхоген- ности печени		Толщина стенки ЖП, см	Уплотнен- ность стенки ЖП		Перегобы ЖП		Сладж		Размер сладжа, см	камни		Рефлюкс желчи			
			n	%		n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%
Здоровые	12	11,8±0,48			0,22±0,02							-						
1.1	12	11,03±1,09			0,21±0,09		3	25,0										
2.1	15	11,58±0,45			0,22±0,05		4	26,66							3	20,0		
1.2	8	11,65±0,57			0,19±0,04		2	25,0							2	25,0		
2.2	13	12,06±0,23			0,23±0,04		-	-							1	7,69		
1.3	33	12,66±1,88			0,3±0,05		3	9,09	8	24,24	0,18±0,04				-	-		
2.3	29	13,43±2,56			0,33±0,02		5	17,24	4	13,79	0,34±0,06				4	13,79		
										a*								
1.4	32	12,54±2,43	3	9,37	0,34±0,07	6	18,75	2	6,25	7	21,87	0,24±0,05			5	15,62		
2.4	35	11,87±3,23	2	5,75	0,36±0,03	7	20,0	5	14,29	5	14,28	0,18±0,08			2	5,71		
3.4	6	12,06±1,98	1	16,66	0,49±0,02	2	33,33	-	-	3	50,0	0,56±0,05			-	-		
					a***, б***					a*, б*		a***, б***						
1.5	16	12,85±2,11	5	31,25	0,38±0,05	6	37,5	2	12,5	6	37,5	0,39±0,03	12	75,0	2	12,5	1	6,25
2.5	16	13,21±1,16	6	37,5	0,34±0,04	8	50,0	3	18,75	7	43,75	0,47±0,02	10	62,5	3	18,75	3	18,75

Примечание: * - p<0,05, ** - p<0,01, *** - p<0,001, а - достоверность различий подгруппы 3.4 с 1.4, б - 3.4 с 2.4.

установлено не было, исключение составили больные подгруппы 3.4 – однонедельный курс лечения. У них по сравнению с уровнем здоровых лиц и подгруппами 1.4 и 2.4 отмечалось достоверное ($p < 0,01$) повышение уровня АЛТ и АСТ, билирубина, холестерина, т.е. сохранялись наблюдаемые при поступлении цитолитический и холестатический синдромы. В подгруппе 1.5 после лечения был достоверно ($p < 0,05$) повышен уровень билирубина и тимоловой пробы по отношению здоровых лиц и больных подгруппы 2.5.

У больных ДЖВП обеих групп (1.1 и 2.1; 1.2 и 2.2) после лечения различий по данным УЗС со здоровой группой не выявлено (табл. 3). В подгруппах ХБХ с гиперкинезом обеих подгрупп (1.3 и 2.3) по сравнению со здоровыми достоверно ($p < 0,05$) была увеличена толщина стенки ЖП, значимых ($p > 0,05$) различий по этому параметру УЗС между ними не нашли. Сладж-синдром оставался при выписке в подгруппах ХБХ с гиперкинезом обеих групп (1.3 и 2.3), но в 1.3 он достоверно ($p < 0,05$) оставался у большего количества больных по сравнению с 2.3. Различий в толщине сладж-синдрома у больных этих сравниваемых подгрупп не выявлено ($p > 0,05$). Нарушения в моторике ЖП и ЖВП у больных этих подгрупп продолжали при выписке оставаться.

Больные подгрупп ХБХ с гипокинезом, пролеченные двух- и трехнедельными курсами (1.4 и 2.4) при выписке также имели по сравнению со здоровыми достоверно ($p < 0,0$) большую толщину стенки ЖП. У больных, пролеченных однонедельным курсом (3.4) толщина стенки ЖП достоверно была утолщена по сравнению со здоровыми ($p < 0,001$) и подгруппами 1.4 и 2.4 ($p > 0,05$). Различий ($p > 0,05$) по частоте наблюдаемого сладж-синдрома и его толщине при выписке у больных подгрупп 1.4 и 2.4 не обнаружено (табл. 3). Достоверно чаще сохранялся после лечения сладж-синдром у больных подгрупп 3.4 по сравнению с подгруппами 1.4 и 2.4 ($p < 0,05$) и его толщина также была намного выраженнее ($p < 0,001$) после однонедельного лечения на курорте «Аршан». Нарушения в моторике ЖП и ЖВП во всех подгруппах ХБХ с гипокинезом продолжали оставаться, но в подгруппе 3.4 они были более выражены по сравнению с подгруппами 1.4 и 2.4. Достоверных

($p > 0,05$) различий в параметрах УЗС после лечения у больных подгрупп 1.5 и 2.5 не было, исключение составили больные, имевшие мелкие камни до 1 см. Так в подгруппе 2.5 их после лечения было достоверно ($p < 0,05$) меньше по сравнению с 1.5. Достоверных различий в размерах печени, усиленной эхогенности печени, уплотненности стенки ЖП, перегибах и рефлюксе желчи во всех подгруппах всех трех групп после лечения не отмечено (табл. 3).

Итак, достоверных различий после лечения при сравнении двух- и трехнедельных курсов не получено, как субъективные, так и объективные симптомы у них достоверно имели положительную динамику к выписке. У больных же, прошедших однонедельный курс, при выписке жалобы продолжали оставаться на прежнем уровне, причем у двоих отмечено усиление жалоб. Объективные синдромы также сохранялись более выраженными у больных, принявших однонедельный курс, – у них зарегистрирована интенсивной степени обложенность языка, иктеричность склер, которая не встречалась при выписке у больных двух- и трехнедельного курсов. У больных двух- и трехнедельного курсов при выписке восстановились изменения в общем анализе периферической крови и в биохимическом до уровня здоровых. У больных же однонедельного курса при выписке сохранялся лейкоцитоз, ускоренная СОЭ, а также цитолитический и холестатический синдромы. При проведении УЗС у больных, прошедших однонедельный курс лечения, толщина стенки ЖП и сладжа у большего количества больных, ранее его имеющих, достоверно сохранялись по сравнению с двух- и трехнедельными курсами лечения. Улучшения моторной функции ЖП у больных однонедельного курса также не произошло. Следовательно, однонедельный курс лечения на курорте «Аршан» не эффективен и не должен применяться. Тогда как двухнедельный обладает хорошей эффективностью. Для лечения различных вариантов ХХ могут быть рекомендованы двух- и трехнедельные курсы лечения, т.к. между ними существенных различий не получено по клиническим, лабораторным и функциональным методам исследования.

THE INDICES OF STATUS OF PATIENTS WITH CHRONIC CHOLECYSTITIS AFTER SHORT AND REFERENCE TERM COURSE OF TREATMENT AT THE RESORT “ARSHAN”

L.P. Kovaleva, T.P. Sizikh
(Irkutsk State Medical University)

In the article are presented the indices of status of patients with chronic cholecystitis after short- and classic-term treatment at the resort “Arshan”. Activity of inflammation: the clinical, blood and ultrasound scanning signs in patients with chronic cholecystitis in short and reference term course of treatment at the resort “Arshan” is discussed.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокшиа В.Г. Проблемы адаптации и курортное лечение. // *Вопр. курортол.* – 1983. - № 1. – С.3-9.
2. Быховский В.М., Хамзамулин Р.О. О сущности и значении бальнеологических реакций. // *Вопр. курортол.* – 1985. - № 4. – С.51-54.
3. Гаркави Л.Х., Квакина М.А., Уколова Е.Б. Адаптационные реакции и резистентность организма. – Ростов-на-Дону, 1990. – 223 с.
4. Гаркави Л.Х., Квакина М.А., Кузьменко Т.С. Антипресорные реакции и активационная терапия. Реакция активации как путь к здоровью через процессы самоорганизации. – М., 1998. – 656 с.
5. Меерсон Ф.З., Пшеничкова М.Г. Адаптация к стрессовым ситуациям и физическим нагрузкам. – М., 1988. – С.108-115.
6. Обросов А.Н., Френель И.Д. Адаптация организма при физическом воздействии. – Вильнюс, 1968. – С.2-13.
7. Сизых Т.П. Сравнительная характеристика режимов санаторно-курортного лечения. // *Акт. вопр. курортологии и физиотерапии.* – Иркутск, 2000. – С.96-99.